

Rwanda

**Enquête Démographique et de Santé 2000
Rapport de synthèse**



Ce rapport résume les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé du Rwanda (EDSR-II 2000). Deuxième opération de ce genre, l'EDSR-II est une enquête nationale par sondage réalisée de juin à novembre 2000 par l'Office National de la Population.

Au cours de l'enquête, qui s'est déroulée du 26 juin au 30 novembre 2000, 10 421 femmes âgées de 15-49 ans et 2 717 hommes âgés de 15-59 ans ont été enquêtés. L'EDSR-II fournit des informations sur la population et sur la santé, significatives au niveau national, au niveau des milieux de résidence et au niveau des préfectures. Les données de l'EDSR-II sont comparables à celles d'enquêtes similaires réalisées dans de nombreux autres pays en développement et permettent donc des comparaisons internationales.

Cette enquête a été exécutée grâce à l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Elle a bénéficié en outre de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - DHS) de ORC Macro, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale et la mortalité, et des données sur la santé de la mère et de l'enfant.

Pour tous renseignements concernant l'EDSR-II, contacter l'Office National de la Population, BP 914, Kigali, Rwanda. Téléphone : (250) 7 7476/7 4793; Fax : (250) 7 4267; Internet : <http://www.rwandapop.org>; E-mail : ONAPO@RWANDATEL1.RWANDA1.COM.

Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de ORC Macro, 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone : 301-572-0200; Fax : 301-572-0999; e-mail : reports@macroint.com; Internet : <http://www.macroint.com/dhs/>).

*Rapport préparé par : Athanasie Kabagwira, Apolline Mukanyonga, Monique Barrère, Soumaila Mariko, et Mohamed Ayad
Production : Hena Khan et Daniel Vadnais
Photographies par : Chris Barratt, Sam Goldman et Marco Longari*

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ DU RWANDA 2000

RAPPORT DE SYNTHÈSE

Caractéristiques de la population et conditions de vie des ménages

Structure par âge et sexe de la population des ménages	2
Composition des ménages	2
Niveau d'instruction de la population	2
Caractéristiques des logements	2



Caractéristiques des femmes et des hommes enquêtés

Distribution spatiale de la population	3
Instruction et alphabétisation	3
Activité économique	3

Fécondité et ses déterminants

Niveaux actuels et tendances	4
Nuptialité et exposition au risque de grossesse	4
Polygamie	4
Préférences en matière de fécondité	5
Nombre idéal d'enfants	5
Planification de la fécondité	5

Planification familiale

Connaissance des méthodes contraceptives	6
Utilisation de la contraception et caractéristiques des utilisatrices ...	6
Utilisation de la contraception chez les hommes	6
Besoins en matière de planification familiale	7

Mortalité

Mortalité des enfants	8
Mortalité maternelle	8

Santé de la reproduction

Soins prénatals	9
Lieu et assistance à l'accouchement	9
Suivi postnatal	9

Santé de l'enfant

Couverture vaccinale	10
Maladies des enfants	10

Allaitement et état nutritionnel des enfants et des femmes

Allaitement	11
État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans	11
État nutritionnel des femmes	12

Sida et IST

Connaissance du sida et des moyens d'éviter de le contracter	11
Connaissance des IST	12

Conclusion et recommandations.....

14

Principaux indicateurs.....

16

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ET CONDITIONS DE VIE DES MÉNAGES

Les données collectées sur l'âge, le sexe et le niveau d'instruction de la population des ménages ainsi que celles sur les caractéristiques des logements permettent de décrire le contexte socio-démographique et environnemental dans lequel vivent les femmes et les hommes enquêtés.

Structure par âge et sexe de la population des ménages

Avec 48 % de moins de 15 ans, le Rwanda se caractérise par une population jeune dans laquelle les femmes sont plus nombreuses que les hommes (rapport de masculinité de 87 hommes pour 100 femmes).

Composition des ménages

Les ménages sont composés, en moyenne, de 4,6 personnes et cette taille varie de 4,5 en milieu rural à 5,0 en milieu urbain. Les ménages de grande taille (9 personnes ou plus) sont plus de deux fois plus nombreux en milieu urbain qu'en milieu rural (10 % contre 4 %). D'autre part, environ 64 % des ménages sont dirigés par un homme. Cependant, dans plus d'un tiers des cas, c'est une femme qui est à la tête du ménage. Cette proportion qui était de 21 % en 1992, date de la précédente enquête, a donc nettement augmenté. De plus, c'est en milieu rural que la proportion de ménages dirigés par une femme est la plus élevée (37 % contre 31 % en urbain).

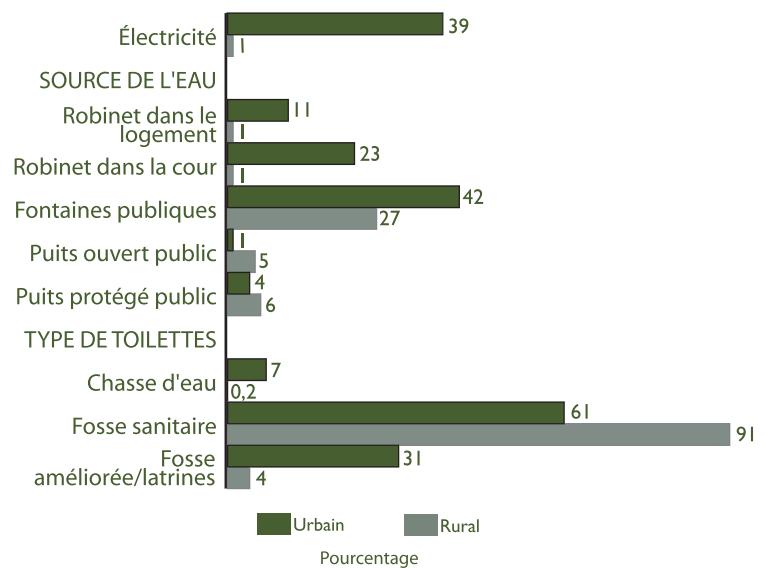
Niveau d'instruction de la population

La proportion des femmes et des hommes de 5 ans ou plus qui n'ont jamais fréquenté l'école est élevée (respectivement, 35 % et 28 %). À peine 10 % des femmes et 12 % des hommes ont atteint le niveau primaire complet. De plus, seulement 35 % des garçons et 36 % des filles de 7 ans fréquentent l'école. Jusqu'à l'âge de 14 ans, on n'observe que peu d'écart de fréquentation scolaire entre les sexes. Par contre, à partir de l'âge de 15 ans, les taux de fréquentation scolaire diminuent pour les deux sexes mais beaucoup plus rapidement pour les filles et, par conséquent, l'écart de scolarisation entre filles et garçons se creuse.

Caractéristiques des logements

Très peu de ménages possèdent l'électricité (6 %). De plus, on constate des disparités importantes selon les milieux de résidence : seulement 1 % des ménages du milieu rural disposent de l'électricité contre 39 % en milieu urbain. Par ailleurs, la majorité des ménages rwandais utilisent, pour boire, l'eau de source (42 %) et l'eau des fontaines publiques (29 %). Les ménages possédant un robinet dans la cour (4 %) ou dans le logement (2 %) sont très peu nombreux. En outre, 13 % des ménages utilisent l'eau des rivières et des lacs et cette proportion est beaucoup plus élevée en rural (15 %) qu'en urbain (3 %). En ce qui concerne les toilettes, on constate que les fosses sanitaires sont, quel que soit le milieu de résidence, le type de toilettes le plus répandu au Rwanda (87 %). De plus, 4 % des ménages ne possèdent pas de toilettes du tout et c'est en rural que cette proportion est la plus élevée (4 % contre 2 % en urbain).

Caractéristiques des logements



CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUÊTÉS

Les caractéristiques socio-démographiques de la population des femmes et des hommes enquêtés (milieu de résidence, instruction, alphabétisation, emploi, accès aux médias) sont des informations de base, essentielles à l'analyse de tous les indicateurs démographiques et sanitaires.

Distribution spatiale de la population

Le Rwanda est un pays très peu urbanisé : 83 % des femmes et 80 % des hommes vivent en milieu rural. Seulement 17 % des femmes et un homme sur cinq habitent en milieu urbain (20 %).

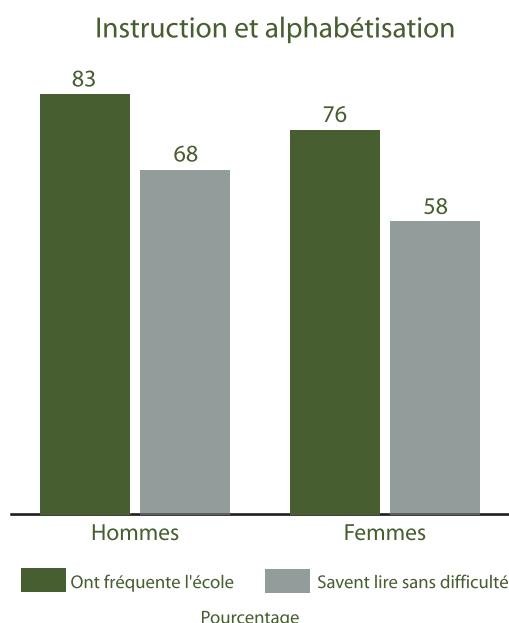
Instruction et alphabétisation

Les résultats de l'enquête mettent en évidence une proportion de femmes sans instruction plus élevée que celle des hommes : en effet, un quart des femmes de 15-49 ans (25 %) et 17 % des hommes de 15-59 ans sont sans instruction. En outre, seulement 58 % des femmes sont alphabétisées contre 68 % des hommes. C'est en milieu rural que les proportions de femmes et d'hommes analphabètes sont les plus élevées (respectivement, 47 % et 37 %).

Activité économique

Plus des trois quarts (79 %) des femmes travaillaient au moment de l'enquête : 41 % avaient une occupation à l'année, 7 % travaillaient de façon occasionnelle et 31 % de façon saisonnière. Ce sont les femmes du milieu rural (85 %), celles vivant dans la préfecture de Kibuye (91 %) et celles qui sont les moins instruites (87 %) qui travaillaient le plus au moment de l'enquête. La majorité des femmes qui travaillent sont à leur compte (74 %); par ailleurs, quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques, la

plupart des femmes qui ont une activité ne gagnent pas d'argent.



Accès aux médias

La radio est le principal moyen d'informations : 39 % des femmes l'écoutent, au moins, une fois par semaine. Seulement 6 % des femmes regardent la télévision au moins une fois par semaine et 5 % lisent un journal au moins une fois par semaine.

Plus d'une femme sur deux (59 %) n'a accès à aucun média. En milieu rural, les deux tiers des femmes n'ont accès ni à la radio, ni à la télé, ni aux journaux.

Seulement 5 % des hommes ont accès aux trois médias mais, en milieu rural, 41 % des hommes n'ont accès ni à la radio, ni à la télé, ni aux journaux.

FÉCONDITÉ ET SES DÉTERMINANTS

Les données collectées ont permis d'estimer les niveaux et tendances de la fécondité. Elles ont également fourni des informations sur les différents facteurs qui agissent sur la vie reproductive des femmes, en particulier, l'union et l'activité sexuelle. En outre, on a essayé de déterminer quelles étaient les préférences des femmes et des hommes en ce qui concerne la taille de la famille.

Niveaux actuels et tendances

Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes du Rwanda donneront naissance, en moyenne, à 5,8 enfants durant leur vie féconde. Cette fécondité qui se caractérise par un niveau élevé dès les jeunes âges, atteint son maximum à 25-29 ans avant de baisser régulièrement. Parmi les femmes de 25-49 ans, l'âge médian à la première naissance est estimé à 22,0 ans.

Il existe des écarts importants du niveau de la fécondité selon le milieu de résidence : les femmes du milieu rural (5,9 enfants par femme) ont une fécondité nettement plus élevée que celles de Kigali Ville (4,9 enfants par femme). De même, la fécondité des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (4,9 enfants) est nettement plus faible que celle des femmes ayant une instruction primaire (5,9) et que celle des femmes sans instruction (6,1).

Une proportion encore trop importante de naissances (24 %) arrivent trop rapidement après la naissance de l'enfant précédent (moins de 24 mois après).

L'analyse des taux de fécondité semble indiquer qu'une modification de la fécondité dans le sens de la baisse s'est produite au Rwanda au cours des quinze dernières années.

Une proportion encore trop importante de naissances (24 %) arrivent trop rapidement après la naissance de l'enfant précédent (moins de 24 mois après).



Nuptialité et exposition au risque de grossesse

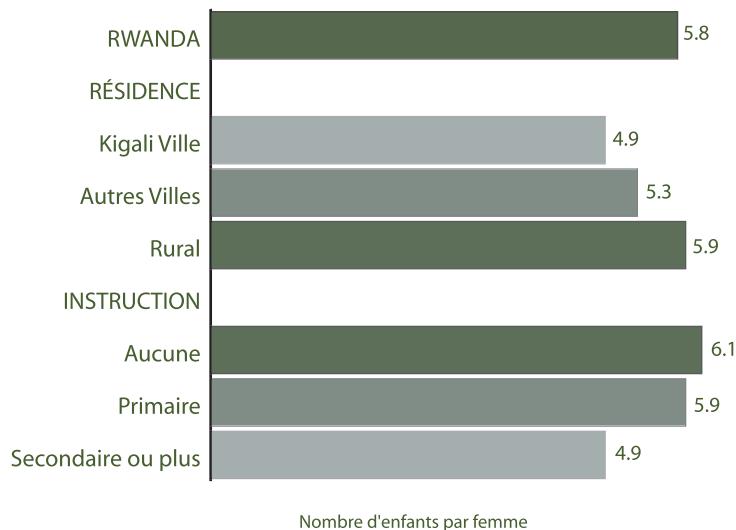
Environ la moitié des hommes (52 %) et des femmes (49 %) étaient en union au moment de l'enquête. Parmi les femmes de 25-49 ans, la moitié avait déjà contracté une union à 20,7 ans. Les hommes se marient plus tard que les femmes (âge médian de 24,4 ans). Chez les femmes comme chez les hommes, les résultats de l'enquête montrent un léger vieillissement de l'âge d'entrée en première union.

Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, les premiers rapports sexuels se produisent très tôt et à un âge légèrement inférieur à celui de l'entrée en première union : à 20,1 ans la moitié des femmes ont déjà eu des rapports sexuels. Chez les hommes, cet âge médian est de 20,6 ans.

Polygamie

La pratique de la polygamie est assez peu répandue au Rwanda puisqu'elle ne concerne que 12 % des femmes en union. Chez les hommes, le taux de polygamie est de 7 %.

Les femmes n'ont pas toutes le même nombre d'enfants



milieu urbain (4,3 dans les deux cas). De même, les femmes et les hommes les plus instruits souhaitent moins d'enfants (respectivement, 4,1 et 4,2) que ceux sans instruction (respectivement, 5,2 et 5,0).

Planification de la fécondité

Dans l'ensemble, près de neuf naissances sur dix survenues au cours des cinq dernières années étaient désirées. La plupart de ces naissances se sont produites au moment voulu (64 %). Cependant, dans 23 % des cas, les femmes auraient souhaité qu'elles se produisent plus tard et 13 % des naissances n'étaient pas désirées. En général, les naissances non désirées augmentent avec l'âge de la femme, les proportions passant de 8 % chez les femmes de moins de 20 ans à plus de 30 % à partir de 40 ans.

Préférences en matière de fécondité

Environ les deux tiers des hommes et des femmes en union (respectivement, 64 % et 62 %) veulent avoir un autre enfant. À l'opposé, un tiers des hommes et des femmes ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. En outre, parmi les femmes qui désirent un autre enfant, une grande majorité (45 %) souhaite espacer la prochaine naissance d'au moins 2 ans.

Nombre idéal d'enfants

Pour les femmes en union, le nombre idéal d'enfants est de 5,0. Les hommes en union ont déclaré un nombre idéal quasiment identique à celui des femmes (en moyenne, 4,9). Le nombre idéal d'enfants est sensiblement plus élevé en milieu rural (5,0 pour les femmes et pour les hommes) qu'en



Prévalence contraceptive

Au Rwanda, 4 % des femmes actuellement en union utilisent une méthode moderne de contraception.

Ce niveau d'utilisation des méthodes modernes de planification familiale a nettement diminué depuis 1992, date de la dernière enquête, la proportion de femmes utilisatrices étant passée de 13 % à 4 %.

La désorganisation socio-économique du pays et, en particulier, des services de planification familiale consécutives au génocide de 1994 sont, en partie, responsables de cette diminution de la prévalence.

PLANIFICATION FAMILIALE

L'utilisation des méthodes de planification familiale, et plus particulièrement des méthodes modernes, permet aux femmes et aux couples de mieux réaliser leurs objectifs en matière de fécondité et de taille idéale de la famille.

Connaissance des méthodes contraceptives

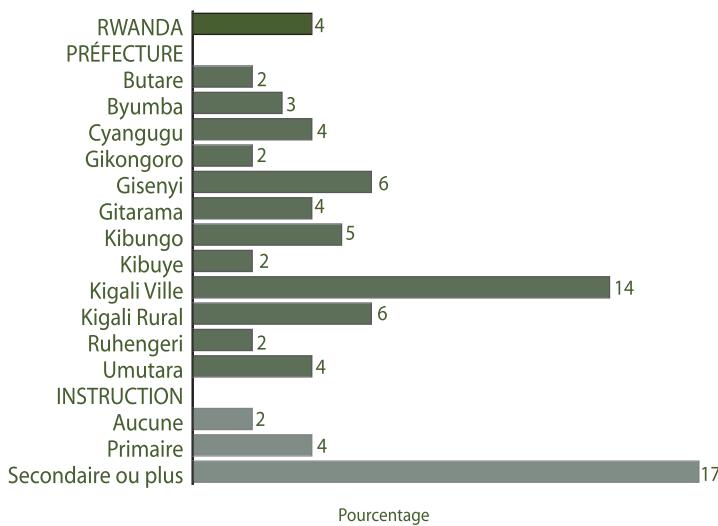
Dans l'ensemble, 94 % des femmes et 98 % des hommes connaissent, au moins, une méthode contraceptive moderne. Le condom et les injections sont les méthodes les plus connues. À l'opposé, les implants restent peu connus des femmes et des hommes. Les méthodes traditionnelles sont moins connues que les méthodes modernes. La continence périodique est la méthode traditionnelle la mieux connue.

Utilisation de la contraception et caractéristiques des utilisatrices

Au moment de l'enquête, une très faible proportion de femmes en union (4 %) utilisaient une méthode contraceptive moderne. Les injections étaient la méthode la plus utilisée (2 %). De plus, près d'une femme en union sur dix (9 %) avait recours à une méthode traditionnelle, essentiellement la continence périodique (5 %).

Les femmes qui utilisent le plus fréquemment les méthodes modernes de contraception sont celles du milieu urbain (14 %) et celles de niveau d'instruction secondaire ou plus (17 %). Parmi les femmes qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, 53 % ont déclaré avoir l'intention de l'utiliser dans l'avenir. Celles qui n'avaient pas l'intention de l'utiliser ont donné comme principale raison le désir d'avoir d'autres enfants (20 %).

Certaines femmes en union utilisent davantage que d'autres les méthodes modernes de contraception



Utilisation de la contraception chez les hommes

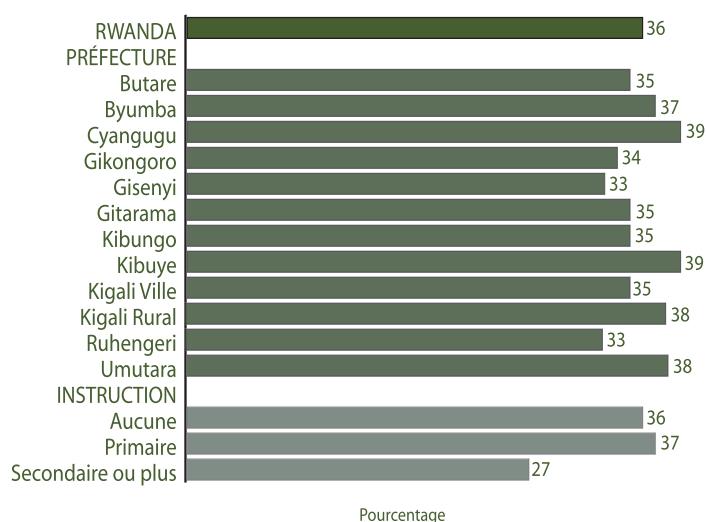
Parmi les hommes ayant eu une partenaire sexuelle au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, 10 % ont déclaré avoir utilisé une méthode contraceptive moderne, essentiellement le condom; cependant, la proportion d'hommes ayant utilisé une méthode contraceptive moderne varie de manière importante avec la partenaire sexuelle : de 62 % quand la partenaire est une amie/fiancée, la proportion passe à seulement 5 % quand les derniers rapports sexuels ont eu lieu avec l'épouse. Ce sont les injectables qui sont la méthode la plus utilisée quand la partenaire est l'épouse.



Besoins en matière de planification familiale

On estime que plus d'un tiers des femmes en union (36 %) ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Si ces besoins étaient satisfaits, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 49 % chez les femmes en union. Cette demande potentielle totale serait essentiellement orientée vers l'espacement des naissances (31 %). Aujourd'hui, un peu plus d'un quart seulement de la demande potentielle totale est satisfaite (27 %).

Un peu plus du tiers des femmes actuellement en union ont des besoins non-satisfait en matière de planification familiale



MORTALITÉ

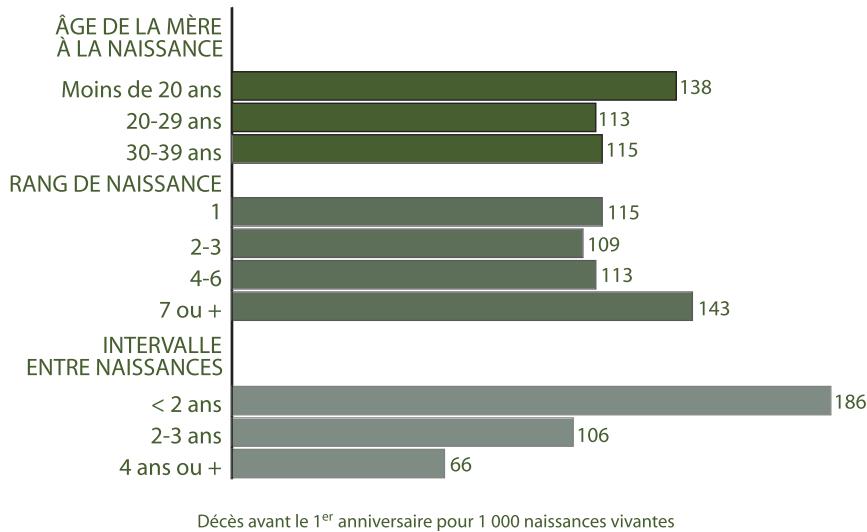
Les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants sont fonction des conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population et dans ses diverses couches sociales. C'est pourquoi, le niveau de mortalité des enfants est souvent considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays.

Mortalité des enfants

Au cours de la période 1995-2000, sur 1 000 enfants nés vivants, 107 sont décédés avant le premier anniversaire et sur 1 000 enfants qui atteignent leur premier anniversaire, 100 meurent avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans. Globalement, sur 1 000 enfants nés vivants, 196 décèdent avant leur cinquième anniversaire. Les résultats de l'enquête ont montré une diminution récente des taux de mortalité infantile et juvénile suite à l'augmentation brutale des taux de mortalité consécutive aux troubles politiques qui ont marqué le début des années 1990. Cependant, le niveau de la mortalité

infantile pour la période 0-4 ans avant l'enquête est identique à celui qui prévalait il y a plus de 20 ans. Globalement, le niveau de la mortalité infanto-juvénile est aujourd'hui peu différent de ce qu'il était il y a une vingtaine d'années.

Le comportement procréateur des femmes influe sur les niveaux de mortalité infantile



La mortalité infantile est nettement moins élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (78 % contre 124 %). C'est à Kigali Ville que l'on a constaté le niveau le plus faible (79 %); à l'opposé, c'est dans la préfecture de Kibungo qu'il est le plus élevé (143 %). Le niveau d'instruction de la mère influe sur les chances de survie de l'enfant : entre la naissance et le

premier anniversaire, un enfant dont la mère n'a pas d'instruction court un risque de décéder de 139 %, contre 114 % pour un enfant dont la mère a un niveau d'instruction primaire et 60 % pour celui dont la mère a un niveau secondaire.

Le niveau de la mortalité infantile est largement influencé par l'âge de la mère au moment de l'accouchement : en effet, les enfants nés d'une mère âgée de moins de 20 ans courent un risque de décéder avant le premier anniversaire supérieur de 22 % par rapport à ceux dont la mère a 20-29 ans.

Mortalité maternelle

Pour la période 1995-2000, le taux de mortalité maternelle est estimé à 1 071 décès maternels pour 100 000 naissances. Ce niveau de mortalité maternelle est actuellement l'un des plus élevés au monde. Il est près de 43 fois plus élevé que dans les pays développés. Bien qu'en baisse par rapport à la période du génocide, il se situe néanmoins à un niveau 75 % plus élevé qu'il n'était dans les années 1985-90. Ce niveau résulte de la situation désastreuse du Rwanda consécutive à la guerre et au génocide de 1994. Parmi les décès de femmes qui se produisent entre 15 et 49 ans, pratiquement 1 sur 6 est dû à des causes maternelles.

SANTÉ DE LA REPRODUCTION

La majorité des décès dus à des causes maternelles pourrait être évitée si, lorsqu'elles sont enceintes, les femmes recevaient des soins prénatals appropriés, si leur accouchement était assisté par du personnel médical formé et si, après l'accouchement, elles bénéficiaient d'un suivi post-natal.

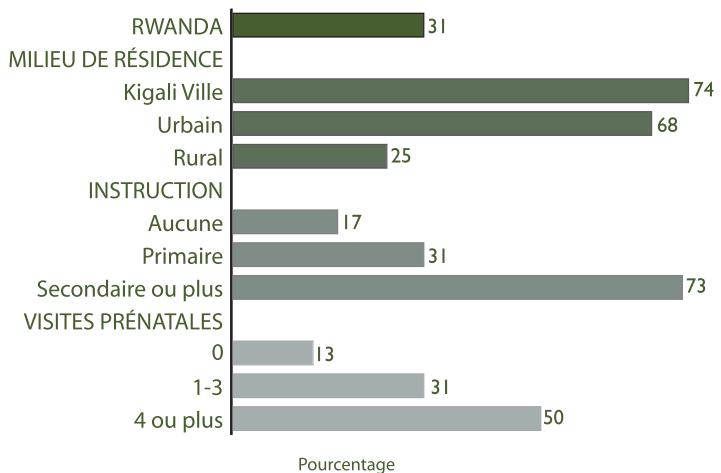
Soins prénatals

Au Rwanda, l'accès aux soins prénatals est très élevé : 92 % des naissances des cinq dernières années ont bénéficié de soins prénatals auprès de personnel formé. Ces consultations ont été principalement effectuées par les sages-femmes ou les infirmières et assistantes médicales (72 %). Cependant, seule une minorité de femmes ont été informées des signes de complications de la grossesse.

Lieu et assistance à l'accouchement

Au cours des cinq dernières années, près de trois naissances sur quatre (73%) se sont déroulées à la maison. Les femmes du milieu rural, celles qui sont les moins instruites et enfin celles qui n'ont effectué aucune visite prénatale ont beaucoup plus fréquemment accouché à domicile que les autres. En outre, seulement trois naissances sur dix (31 %) ont été assistées par du personnel de santé; les naissances des mères résidant en milieu urbain (68 %), notamment à Kigali Ville (74 %), celles dont la mère a effectué 4 visites prénatales ou plus (50 %) et celles dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (73 %), sont celles qui se sont le plus fréquemment déroulées avec l'assistance de personnel formé.

Peu d'accouchements sont assistés par du personnel formé



Suivi postnatal

La quasi-totalité des femmes dont l'accouchement ne s'est pas déroulé en établissement sanitaire n'ont bénéficié d'aucun suivi postnatal. Ce manque de suivi est particulièrement fréquent chez les femmes de 35 ans ou plus (80 %), celles du milieu rural (78 %) et parmi celles n'ayant aucune instruction (84 %).



SANTÉ DE L'ENFANT

Le Ministère rwandais de la Santé a mis en place depuis plusieurs années un Programme Élargi de Vaccination (PEV) selon lequel, tous les enfants doivent recevoir avant l'âge d'un an, le vaccin du BCG, trois doses de Dtoq et de vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole.

Couverture vaccinale

Au Rwanda, la couverture vaccinale est très élevée puisque plus des trois quarts (76 %) des enfants de 12-23 mois ont reçu toutes les vaccinations et toutes les doses des vaccins du PEV. À l'opposé, seulement 2 % des enfants n'ont reçu aucun vaccin. Cependant, la couverture vaccinale a nettement diminué par rapport à 1992 puisque à cette date, 87 % des enfants étaient complètement vaccinés.

La couverture vaccinale des enfants est plus faible à Kigali Ville (65 %) que dans les Autres Villes (82 %) et qu'en milieu rural (76 %) et parmi les enfants dont la mère n'a aucune instruction (71 %).



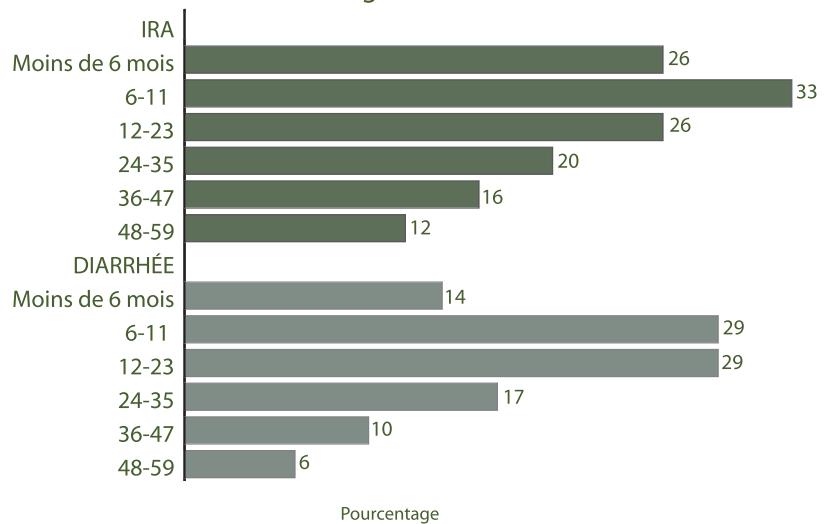
Maladies des enfants

Au moment de l'enquête, 21 % des enfants de moins de 5 ans présentaient des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA). C'est chez les enfants de 6-11 mois et parmi ceux du milieu rural que la prévalence est la plus élevée. Parmi les enfants malades, seulement 15 % ont été menés en consultation.

Plus d'un enfant sur quatre (29 %) avait eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête. Comme pour les IRA, la prévalence de la fièvre est plus élevée en milieu rural (31 %) et chez les enfants de 6-11 mois (43 %). Plus de la moitié des enfants (53 %) ayant eu la fièvre n'ont bénéficié d'aucun traitement. Quant aux enfants qui ont été traités contre la fièvre, un des symptômes du paludisme, la majorité (68 %) ont été soignés à l'aide d'aspirine et de paracétamol, 11 % ont reçu de la chloroquine, 10 % de la quinine et 3 % du fansidar. Très peu de ménages (7 %) possèdent des moustiquaires afin de les protéger contre les moustiques qui transmettent le paludisme.

Selon l'EDSR-II, 17 % des enfants de moins de cinq ans avaient eu la diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête. La prévalence de la diarrhée est particulièrement élevée chez les enfants de 6-23 mois (29 %), parmi ceux du milieu rural (18 %) et parmi ceux de la préfecture de Gikongoro (25 %).

La prévalence des IRA et de la diarrhée varie selon l'âge des enfants



ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

La malnutrition a de graves répercussions sur la santé et l'économie. La plus importante est l'accroissement des risques de mortalité. L'aggravation du risque de contracter des maladies et un moins bon développement mental sont d'autres conséquences tout aussi importantes.

Allaitement

La quasi-totalité des enfants (97 %) nés au cours des cinq dernières années ont été allaités. Cependant, plus d'un enfant sur quatre (27 %) n'a pas été allaité dans le premier jour suivant sa naissance.

La durée médiane de l'allaitement est estimée à 32,6 mois et elle varie d'un minimum de 22,2 mois à Kigali Ville à un maximum de 33,7 mois chez les femmes du milieu rural.

L'allaitement exclusif est une pratique courante au Rwanda qui se poursuit longtemps après la naissance puisque 71 % des enfants de 4-5 mois sont toujours exclusivement allaités comme le recommandent l'OMS et l'UNICEF. Néanmoins, 16 % des enfants de moins de 6 mois reçoivent déjà d'autres liquides ou solides en plus du lait maternel. À partir de six mois, âge auquel l'allaitement seul ne suffit plus pour garantir la meilleure croissance possible des enfants, l'OMS recommande qu'en plus du lait maternel, des aliments solides de complément soient introduits dans l'alimentation : seulement 66 % des enfants de 6-7 mois sont nourris selon ces recommandations; il faut attendre 8-9 mois pour que la quasi-totalité (92 %) des enfants soient allaités et reçoivent une alimentation de complément.

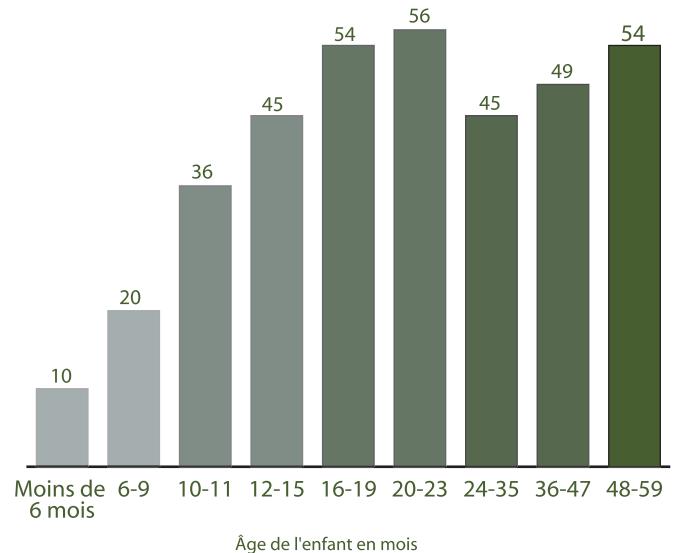


État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans

Plus de deux enfants de moins de cinq ans sur cinq vivant avec leur mère (42 %) accusent un retard de croissance et 19 % sous une forme sévère. Près de la moitié (45 %) des enfants du milieu rural souffrent de cette forme de malnutrition. Dans les préfectures de Gikongoro (50 %), de Kibuye et de Butare (48 % dans les deux cas) et de Byumba (47 %), la situation est particulièrement préoccupante. De même, les enfants dont la mère n'a pas d'instruction (48 %) sont près de deux fois plus touchés par le retard de croissance que ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (26 %).

Parmi les enfants de moins de cinq ans, 7 % souffrent de malnutrition aiguë : ils sont émaciés. Un enfant sur quatre (24 %) présente une insuffisance pondérale.

Le retard de croissance s'acquiert principalement au cours des deux premières années



Micronutriments

Le manque de vitamines et de minéraux essentiels comme la vitamine A, l'iode et le fer est à l'origine de maladies ou de troubles de carence en micronutriments. Les carences en vitamine A peuvent entraîner la cécité, celle de l'iode le goitre et le crétinisme, et un apport insuffisant en fer est à l'origine de l'anémie. Ces carences en micronutriments ont aussi des conséquences moins visibles, telles que l'affaiblissement du système immunitaire.

Parmi les enfants de 6-59 mois, 69 % ont reçu des compléments en vitamine A au cours des 6 mois précédent l'enquête. Par contre, on ne dénombre que 14 % d'enfants dont la mère a reçu de la vitamine A après l'accouchement de leur dernier-né.

Pour l'iode, on remarque que la consommation de sel iodé est très répandue au Rwanda, 92 % des enfants de moins de cinq ans vivent dans des ménages utilisant du sel iodé.

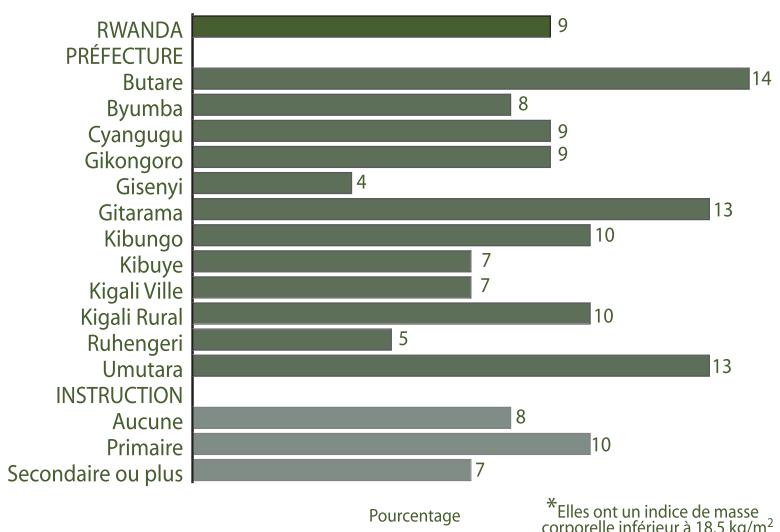
Quant à la déficience alimentaire en fer, principale conséquence de l'anémie, la grande majorité des femmes (78 %) n'ont pris aucun supplément en fer lorsqu'elles étaient enceintes de leur dernier-né.

Etat nutritionnel des femmes

Au Rwanda, la taille moyenne des femmes est de 157,1 centimètres et 3 % ont une taille inférieure à 145 centimètres. Par contre, 9 % des femmes ont un Indice de Masse Corporelle inférieur à $18,5 \text{ kg/m}^2$ et présentent donc une déficience énergétique chronique.

De manière générale, la prévalence de la déficience énergétique chronique est légèrement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (9 % contre 7 %). De même, on constate que la proportion des jeunes femmes de 15-19 ans atteintes de déficience énergétique chronique est trois fois plus élevée que celle des femmes de 20-29 ans et environ deux fois plus élevée que celle des femmes de 30-44 ans.

Environ une femme sur dix est atteinte de déficience énergétique chronique*



SIDA ET IST

L'ONUSIDA estime à 5,3 millions le nombre de nouveaux cas d'infections par le VIH dans le monde et à 3 millions le nombre de décès dus au sida au cours de l'année 2000. L'Afrique au Sud du Sahara est la région du monde la plus touchée par l'épidémie : environ les trois quarts des décès dus au sida depuis le début de l'épidémie s'y seraient produits.

Connaissance du sida et des moyens d'éviter de le contracter

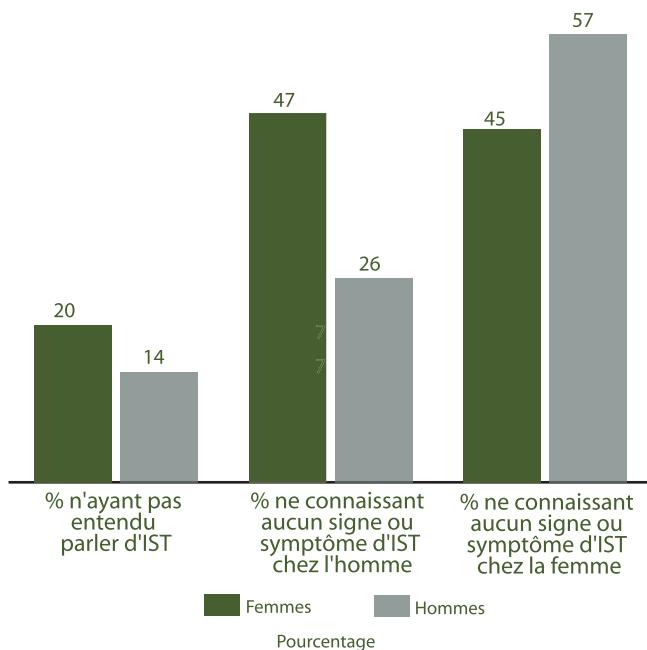
Au Rwanda, la quasi-totalité des hommes (99,7 %) et des femmes (99,6 %) ont entendu parler du sida. De même, dans sa grande majorité, la population connaît les moyens importants d'éviter le sida.

Pour 70 % des femmes et 86 % des hommes, le condom est un moyen de prévention du sida. Ce moyen a été surtout cité par les femmes et les hommes qui vivent en milieu urbain et par ceux qui ont le plus d'instruction.

Connaissance des IST

Une femme sur cinq (20 %) et 14 % des hommes n'ont pas entendu parler d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST). En outre, une proportion élevée ne savent pas s'il existe des signes ou symptômes d'IST ou ne sont pas capables d'en identifier, au moins, un.

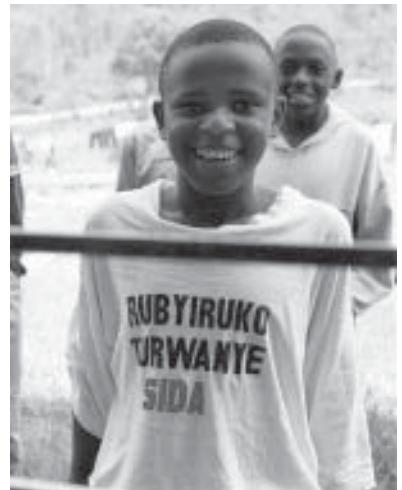
Une proportion élevée de femmes et d'hommes ne connaissent aucun signe ou symptôme d'IST



Test du sida

Près de 3 femmes sur 5 et près de la moitié des hommes souhaiteraient effectuer le test du sida mais ne connaissent pas d'endroit où aller.

Environ les deux-tiers des femmes (64 %) et 36 % des hommes ne connaissent pas d'endroit où se procurer un condom.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Bien que l'EDSR-II 2000 ait mis en évidence certains indicateurs de niveau appréciable, en particulier, en ce qui concerne la couverture vaccinale, le suivi prénatal, la consommation du sel iodé, et l'allaitement maternel, il s'est avéré par contre que d'autres indicateurs présentent une situation préoccupante notamment dans les domaines de la mortalité maternelle, de la prévalence contraceptive, de l'assistance des femmes à l'accouchement par un personnel formé et de la nutrition des enfants de moins de 5 ans.

Santé de la mère et planification familiale

Les résultats de l'EDSR-II ont mis en évidence un niveau élevé de consultation prénatale auprès d'un personnel formé. Par contre, les mêmes résultats ont révélé qu'une proportion peu importante est assistée lors de l'accouchement par un personnel formé, et que le taux de prévalence contraceptive reste très faible. Ceci explique en partie le taux de mortalité maternelle qui est très élevé.

Santé de l'enfant

Si la couverture vaccinale des enfants est élevée et l'allaitement maternel pratiquement généralisé, la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans reste préoccupante. Les maladies comme la diarrhée, les infections des voies respiratoires aiguës, la malaria, encore très fréquentes au Rwanda, affectent considérablement la santé des enfants.

Suite à ce constat concernant la santé des mères et des enfants, il est indispensable que des actions soient menées pour remédier à cette situation, notamment :

- Renforcer l'information et la sensibilisation des populations en général, et des mères en particulier afin qu'elles se fassent suivre par un personnel formé pendant et après l'accouchement.
- Poursuivre le rythme de vaccination des enfants de moins de cinq ans afin d'atteindre une couverture vaccinale généralisée.
- Maintenir la politique d'utilisation du sel iodé pour éviter de nouveaux cas de maladies dues au manque d'iode.
- Intensifier la lutte contre les maladies frappant particulièrement les enfants en incitant les parents à faire soigner les enfants le plus tôt possible.
- Renforcer l'éducation en matière de nutrition pour que l'allaitement au sein reste quasi généralisée au Rwanda, et afin que l'introduction des aliments nécessaires à leur croissance se fasse au bon moment.
- Faire en sorte que les services de planification familiale répondent aux besoins non satisfaits des populations en matière de contraception.
- Mener des études approfondies pour mieux appréhender les facteurs de la mortalité maternelle dans le pays.

IST/VIH/sida

La population rwandaise connaît en grande majorité les modes de transmission et de prévention du VIH/sida ; mais elle ne connaît pas où se procurer le condom dont le pourcentage de ceux qui l'utilisent est d'ailleurs très insignifiante. Par ailleurs, une grande partie des Rwandais ne connaissent pas les signes ou symptômes des IST.

Face à cette situation, des efforts doivent être fournis notamment pour :

- Renforcer l'IEC afin d'amener la population à adopter un comportement responsable pouvant les aider à se protéger et à protéger les autres contre les IST/VIH/sida.
- Poursuivre la promotion de l'utilisation des préservatifs surtout chez les personnes à risque.
- Améliorer l'état de connaissance des signes ou symptômes des IST.

PRINCIPAUX INDICATEURS

	Ensemble	Kigali Ville/PVK	Ensemble urbain	Rural
--	----------	---------------------	--------------------	-------

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ET FÉCONDITÉ

Caractéristiques de la population et des ménages

Taille moyenne des ménages (membres habituels)	4,6	5,0	5,0	4,5
Chef de ménage de sexe féminin (%)	36	26	31	37
Ménages avec enfants de moins de 15 ans vivant sans leurs parents (%)	22	26	30	21
Ménages disposant d'eau du robinet dans le logement (%)	2	12	11	1
Ménages disposant d'eau d'une fontaine publique (%)	29	46	42	27
Ménages disposant d'électricité (%)	6	44	39	1
Ménages possédant une radio (%)	35	80	71	29
Ménages possédant un poste de télévision (%)	2	18	16	0,3
Ménages utilisant du sel iodé à 15 PPM ou plus (%) ¹	82	86	88	81

Niveau d'instruction des femmes (15-49 ans) et des hommes (15-59 ans)

Sans instruction (femmes / hommes) (%)	25 / 17	8 / 5	10 / 5	28 / 21
Niveau primaire (femmes / hommes) (%)	65 / 68	54 / 52	55 / 54	67 / 72
Niveau secondaire ou plus (femmes / hommes) (%)	11 / 14	38 / 43	36 / 41	5 / 8

Fécondité

Nombre moyen d'enfants nés vivants (femmes de 40-49 ans)	6,8	5,6	5,7	6,9
Indice synthétique de fécondité ²	5,8	4,9	5,2	5,9
Âge médian à la 1 ^{re} naissance (en années) ³	22,0	22,8	22,3	22,0
Intervalle intergénésique médian (en mois) ⁴	32,3	29,4	29,5	32,7
Adolescentes de 15-19 ans déjà mères ou enceintes du 1 ^{er} enfant (%)	7	7	7	7

DÉTERMINANTS DE LA FÉCONDITÉ

Nuptialité et allaitement

Femmes de 15-49 ans / hommes de 15-59 ans en union (%)	49 / 52	37 / 40	41 / 44	50 / 54
Âge médian à la première union (femmes / hommes) ⁵	20,7 / 24,3	21,9 / 27,6	21,5 / 27,1	20,5 / 23,9

Utilisation de la contraception

Femmes en union utilisant actuellement :				
- une méthode quelconque / une méthode moderne (%)	13 / 4	32 / 14	27 / 14	11 / 3

Préférences en matière de fécondité

Nombre idéal moyen d'enfants par femme / homme	4,9 / 4,8	4,0 / 4,1	4,3 / 4,3	5,0 / 5,0
Femmes / hommes en union ne voulant plus d'enfants (%)	34 / 32	35 / 31	37 / 32	33 / 32

SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Soins prénatals et état nutritionnel

Naissances dont la mère a reçu :				
- des soins prénatals par du personnel de santé (%) ⁶	92	92	95	92
- au moins une dose de vaccin antitétanique (%) ⁶	70	85	79	69
- l'aide de personnel de santé formé à l'accouchement (%) ⁷	31	74	68	25
Enfants de moins de 5 ans qui, au cours des 2 semaines avant l'enquête, ont eu la diarrhée (%)	17	14	12	18
- et qui ont reçu des SRO ou une solution maison (%) ⁸	20	44	29	18
Enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance (%) ⁹	43	23	27	45
Enfants de moins de 5 ans atteints d'émaciation (%) ¹⁰	7	5	6	7
Enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale (%) ¹¹	24	14	15	26
Femmes de 15-49 ans atteintes de déficience énergétique chronique (%) ¹²	9	7	7	9
Femmes de 15-49 ans accusant un surpoids (%) ¹³	13	26	25	10

	Ensemble	Kigali Ville/PVK	Ensemble urbain	Rural
Mortalité des enfants de moins de cinq ans				
Quotient de mortalité (pour 1 000) : ¹⁴				
- néonatale (avant d'atteindre 1 mois)	44	37	31	54
- post-néonatale (entre le 1 ^{er} et le 12 ^e mois)	64	42	47	70
- infantile (entre la naissance et 1 an)	107	79	78	124
- juvénile (entre 1 et 5 ans)	100	67	69	106
- infanto-juvénile (entre la naissance et 5 ans)	196	140	141	216
Mortalité maternelle (pour la période 1994-2000)				
Décès pour cause maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	1071	-	-	-
VIOLENCE DOMESTIQUE ET PRISE DE DÉCISION DANS LE MÉNAGE				
Femmes / hommes qui approuvent aucune des raisons spécifiques justifiant qu'un mari frappe sa femme/partenaire (%) ¹⁵	37 / 52	53 / 59	50 / 62	34 / 49
Femmes qui ont déclaré avoir le dernier mot seule ou avec quelqu'un d'autre dans toutes les prises de décisions spécifiques du ménage (%) ¹⁶	36	29	32	37
INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)/SIDA				
Femmes / hommes n'ayant pas entendu parler d'IST (%)	20 / 14	11 / 7	14 / 7	22 / 15
Femmes / hommes ne connaissant aucun signe ou symptôme d'IST chez l'homme (%)	47 / 26	48 / 22	44 / 22	48 / 26
Femmes / hommes ne connaissant aucun signe ou symptôme d'IST chez la femme (%)	45 / 57	46 / 63	41 / 56	46 / 58
Femmes / hommes ayant entendu parler du VIH/sida mais ne connaissant aucun moyen correct de l'éviter (%)	5 / 2	3 / 1	2 / 1	5 / 2

1 Parts par million (PPM).

2 Nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

3 Âge auquel la moitié des femmes de 25-49 ans ont eu leur première naissance.

4 Durée de l'intervalle entre deux naissances, pour la moitié des naissances de mères de 15-49 ans.

5 Âge auquel la moitié des femmes de 25-49 ans et des hommes de 30-59 ans sont entrés en union pour la première fois.

6 Pour les dernières naissances survenues dans les 5 ans précédent l'enquête.

7 Pour les naissances survenues dans les 5 ans précédant l'enquête.

8 Les SRO sont des sachets de Sels de Réhydratation Orale ; la solution maison est préparée avec de l'eau, du sel et du sucre.

9 Enfants de moins de 5 ans dont la taille est inférieure à la moyenne de ce qu'elle devrait être à un âge donné, signe d'un retard de croissance de plus ou moins longue durée.

10 Poids inférieur à la moyenne de ce qu'il devrait être pour une taille donnée.

11 Poids inférieur à la moyenne de ce qu'il devrait être à un âge donné.

12 Dont l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est inférieur à 18,5 kg/m².

13 IMC supérieur à 25 kg/m².

14 Probabilité pour un enfant de décéder pour la période de cinq ans avant l'enquête pour le niveau national, et pour la période de dix ans avant l'enquête par milieu de résidence.

15 Comprendent le fait de brûler la nourriture, discuter les opinions du mari avec lui, sortir sans le dire au mari, négliger les enfants, refuser les rapports sexuels avec le mari.

16 Les prises de décisions ont porté sur : propre santé de la femme, grosses dépenses du ménage, besoins quotidiens, visites de la femme à ses parents/amis, et choix de la nourriture à préparer.